1860
Lane

DE

LUXATIONE HUMERI SUBACROMIALI

ADDITIS OBSERVATIONIBUS DUABUS.

DISSERTATIO INAUGURALIS CHIRURGICA

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI

MEDICORUM ORDINIS

IN

ALMA LITTERARUM UNIVERSITATE GRYPHICA

UT SUMMI

IN MEDICINA, CHIRURGIA, ARTE OBSTETRICIA

HONORES

RITE SIBI CONCEDANTUR

DIE XIII. MENSIS FEBRUARII ANNI MDCCCLX

PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

1860

GUILELMUS RUEPING,

GUESTPHALUS.

OPPONENTIBUS:

H. STAEPS, DR. MED.

J. BECKERS, DRD. MED.

H. HAGGENEY, CAND. MED.

GRYPHIAE

TYPIS FRID. GUIL. KUNIKE, REG. ACAD. TYPOGR.

AVUNCULIS

CARISSIMIS MAXIMEQUE DE SE MERITIS

J. RIVE,

DR. MED. PRACT. JUBIL.

ET

F. G. RIVE,

DR. MED. PRACT.

HASCE

STUDIORUM PRIMITIAS

PIETATIS GRATIQUE ANIMI DOCUMENTUM

ESSE VULT

AUCTOR.

Hisce usus sum libris:

1) A. Cooper, Vorlesungen über die Grundsätze und Ausübung der Chirurgie; Bd. III.
2) Rust, Handbuch der Chirurgie, Bd. XI.
3) Malgaigne, Traité des fractures et des luxations. Tom. II.
4) Gurlt, Beiträge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenkkrankheiten.
5) Ravoth, Lehrbuch der Fracturen, Luxationen und Bandagen.
6) Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, Bd. II.

Luxationes humeri tam frequentes sunt, ut numerum luxationum ceterarum superent. Namque secundum annotationes illas statisticas a Malgaigne constitutas, inter quadringentos nonaginta duos casus trecentae viginti una, et secundum comparationem a Gurlt institutam inter centum viginti quatuor casus, qui observati sunt in nosocomiis Berolinensibus, sexaginta quinque luxationes humeri inventae sunt.

Atque si libertas movendi brachii consideratur, deinde si respicimus, quam parva pars capitis humeri connexa sit cum plana cavitate glenoidali scapulae in amplo ligamento capsulari, si denique consideramus, quam longum vectem pro illo articulo efficiat humerus, et quot casibus atque periculis expositus sit locus articulationis humeri, haec omnia si consideramus, apparet, cur luxationes humeri tam frequentes sint.

Maximi vero momenti sunt in luxationibus et situs et insertiones musculorum, per quos praesertim humerus affigitur. M. subscapularis, qui haeret in tuberculo minore ossis humeri, ligamentum capsulare ab anteriore et interiore parte firmat; Mm. supra- et infraspinati

in tuberculo majore inserti, articulationem in externa parte firmiorem reddunt; M. deltoides longumque M. bicipitis caput quum superficiem externam capitis humeri obtegant, ex hac parte adjuvant. Luxatio in has partes fieri non potest, excepto, si forte partes illae diruptae et acromium fractum sit. Pari modo ne decedat caput humeri recta via ad inferius tendine capitis longi M. tricipitis prohibetur, quum ille in medio inferiore margine cavitatis glenoidalis scapulae insertus, hoc loco ligamentum capsulare affirmet.

Videmus igitur nunc quidem duobus tantum modis effici luxationes; quas in haec duo genera dividimus.

I. Caput humeri, in anterius excedens cavitatem glenoidalem scapulae inter processum coracoideum et insertionem M. tricipitis relinquit; haec est „Luxatio praeglenoidea“ seu „L. sous-coracoïdienne“, ut appellat eam Malgaigne.

II. Caput humeri marginem posteriorem cavitatis glenoidalis inter acromium et insertionem M. tricipitis transgreditur et sub acromio procedit. Est haec „Luxatio retroglenoidea“, quae a Malgaigne vocatur „L. sous-acromiale“.

Prout caput humeri aut sub imo acromio, in parte posteriore colli scapulae, aut magis in posterius in fossa infraspinata situm est, haec secunda classis generalis dividitur in luxationem subacromialem et infraspinatam. Atque haec quidem luxatio rarissime occurit, quin etiam dubitare quis possit, num omnino haec luxatio inveniatur. Malgaigne quidem duos casus huius generis affert, sed in primo, quem ipse observavit, amplas laesiones thoracis permagnasque diruptiones om-

nium musculorum, qui articulationem humeri circumdant, adnotat, de altero vero casu, quem observavit Desclaux, iudicium pendet, quum vir ille neglexerit, singulas res accurate notare.

Sed etiam luxatio subacromialis raro invenitur, ut annotationibus statisticis a Malgaigne prolatis perspicitur. Casus enim triginta quatuor tantum ille collegit, quorum ipse tres observaverat. Et A. Cooper in nosocomio „Guy" appellato per triginta octo annos duas modo luxationes huius generis vidit. Omnino vero nullam huius luxationis mentionem faciunt chirurgi priores. Itaque quum mihi ante duos menses bis oblata sit occasio observandi luxationes subacromiales in nosocomio chirurgico Gryphiswaldensi quumque ipse in altero casu reductionis rationem cursumque curae observare potuerim, hanc luxationem rarissimam consideranti, operae pretium mihi videbatur, quam accuratissime de tota illa re referre.

Aetiologia et mechanismus.

Luxatio retroglenoidalis nonnisi per vim oritur. Mothe enim multis experimentis observationibusque statuit, brachium usque ad rectum angulum tollendum atque ab thorace abducendum esse, ut haec luxatio humeri in posterius perficiatur. Saepissime haec luxatio evenit, si quis cadit cubitumque ad corpus servandum porrigens tollit. Luxatio ea re efficitur, quod caput humeri in situ brachii supra descripto in margine posteriore cavitatis glenoidalis scapulae quiescit, ubi vel parva vis sufficit, ut illud ex cavitate glenoidali emo-

veatur. Caput, si ea vi movetur, posteriorem partem ligamenti capsularis dirumpit atque inter acromium longumque caput M. tricipitis excedit atque tum, ut etiam Petit aliique consentiunt, sub Mm. teretibus et M. infraspinato in externa ipsius scapulae superficie locum tenere solet. Praeterea Malgaigne septem casus affert, in quibus luxatio in impetu epileptico orta est. Non autem exponit, utrum luxatio in hoc impetu, casu in cubitum facto, originem traumaticam duxerit, an vehementibus perpetuisque musculorum contractionibus effecta sit. In aliis quatuor casibus illa exorta esse dicitur humero violenter in partem interiorem rotato, quum furores hominum delirantium coercerentur. Experimentis quoque in cadavere factis satis approbatum est, rotationibus illis humeri in partem interiorem factis, luxationem in posterius semper exoriri posse. Tum enim ligamentum capsulare in posteriore parte diruptum et M. subscapularis abreptus invenitur. Qua cum re, quae sectione inveteratorum casuum inventa sunt, optime consentiunt.

Dispositio pathologico-anatomica.

Rationes pathologico-anatomicae rarissime tantum observatae sunt. Quare praecipue descriptionem anatomicam a Cooper et Key allatam hac in re sequor, qui hoc referunt: Quum cadaver hominis cuiusdam, qui septem annos ante mortem in vehementi impetu epileptico luxationem humeri in posterius sibi contraxerat, in quo tamen repositio non erat facta, dissecarent, tendinem M. subscapularis diruptum esse apparuit.

Qui tendo margini cavitatis glenoidalis adhaerens magnopere densatus eiusque natura diruptione et mala enormique reunione valde mutata erat. Pars interna ligamenti capsularis in huius musculi insertione dirupta erat; major autem et quidem posterior pars servata et una cum capite humeri, cuius partem posteriorem circumdabat, e loco remota erat. Inter musculos posterioris scapulae M. supraspinatus longior, Mm. infraspinatus teresque minor breviores et laxi, M. subscapularis atrophus facti erant. Tendo capitis longi M. bicipitis longior factus, tamen non diruptus, sed adhaesionibus affixus erat. Caput humeri post cavitatem glenoidalem scapulae situm, in fossa infraspinata, et quidem in posteriore cavitatis glenoidalis margine, et inter eius inferiorem marginem spinamque scapulae, eo loco, quo haec cum articulatione humeri se coniungit, repertum est. Ab adversa parte caput una in linea post acromium, sed infra illud erat, magnumque intervallum inter caput disssolutum et processum coracoideum repertum est. Margo posterior cavitatis glenoidalis sicut caput humeri ipsum et cartilago articularis eius illo loco, quo coniuncta erant cum cavitate glenoidali, paululum resorpta erant. Superficies verae cavitatis glenoidalis aspera atque vitiosa et elationibus depressionibusque notata erat.

Symptomata et Diagnosis.

Symptomata subiectiva, quae inter et post luxationem apparent, haec sunt: Primum dolores in artu aegroto, qui excitantur ligamento capsulari dirupto pro-

pinquisque organis contusis distortisque. Tum functiones consuetae brachii cohibentur, musculis e loco remotis et ipso humeri capite egresso, quum huius motus insuetis ossium protuberantiis impediatur. Praeterea non omittendum est, ipsos dolores acerrimos, qui omni motu gignantur, multum ad prohibendos motus maiores valere. Postremo insoliti affectus nervosi totius brachii, ut vehementes dolores vel surditates, a nervis brachialibus distortis contusisque exorti inveniuntur.

Si vero obiectiva utimur inquisitione, inspicienti haec obvia fiunt. Humerus in parte anteriore planior factus est ibique acromium valde prominet. Margo anterior fossae axillaris in posterius retractus est; thorax latior factus esse videtur. Sub imo acromio caput humeri perspicue eminet, nisi quis maior tumor sugillatione illa, quae iam capsulae diruptione et imprimis inflammatione consecutiva exoriri solet, eo loco apparet. Brachium, ut Cooper observavit, verticaliter dependet; Sédillot autem contendit, brachium a parte superiore et posteriore in inferiorem anterioremque obliquum esse, ita ut cubitus magis in anterius, quam humerus positus sit. Praeterea Sédillot brachium valde in partem interiorem volutum esse invenit, ita ut manus etiam tum pronata videretur, licet in articulatione cubitali supinatio perfectissima effecta fuerit. Quod longitudinem humeri luxati attinet, varia relata sunt. Etenim Goyrand illum 1 C. M. longiorem sano humero, Enright 6‴, Velpeau 8‴, Lepelletier 9‴ factum esse invenit. Boyer autem nihil differentiae animadvertit, quod contra etiam R. Dunn et Piel humerum luxatum breviorem

fuisse observaverunt. Idem evenit in casibus a nobis describendis. Quas mensurarum differentias partim in eo positas esse existimo, quod partes in quibus fit mensura, apex scilicet vel margo anterior acromii et olecrani apex, non satis bene eminent. Semper fere sugillationes in olecrani regione reperiuntur.

Si quis vero ita objective inquirit, ut digitis exploret, inprimis in hominibus macie confectis, margines acromii distincte sentiet, nec minus, si digitos vi imprimit, sentiet cavitatem glenoidalem scapulae. Neque in anteriore humeri ambitu, neque in fossa axillari prominentia reperitur, sed animadvertitur potius sub acromio tumor solidus et globosus. Rotationes humeri efficiunt motiones correspondentes huius prominentiae, quare eam una cum osse humeri intime conjunctam esse nec non propter formam et duritiem ipsum humeri caput significare necesse est. Interdum cum ipso motu etiam parvus strepitus auditur. Brachium in posteriorem partem moveri plerumque non potest, in thoracem non nisi cum difficultate adducitur. Toulmin putat, humerum facile in altum et profundum, paululum contra in partem anteriorem et posteriorem moveri posse; Perry autem motum in partem anteriorem et posteriorem facilem esse, in altum omnino fieri non posse affirmat. Boyer, Lepelletier, Goyrand motum in anterius non tam esse difficilem contendunt; Boyer autem ipsius scapulae motione id effici dicit.

Error diagnoseos non potest occurrere nec permutabit quis alium statum pathologicum cum nostro, si symptomata descripta observaverit. Omnino vero certior

fit diagnosis, si aegrotus rationem, qua luxatio facta est, accurate narrat.

Prognosis.

Quae prognosis statuitur in universum de humeri luxationibus, eadem valet in luxatione subacromiali ipsa. Luxationis simplicis prognosis prospera est, si respicimus mortis periculum. Quae vero ad humeri functionem plane restituendam spectat, tum prospera nominari potest, si luxatio recens curatur nullaeque complicationes graves adsunt; hoc enim in casu et repositio plerumque est facilis et laesiones quatuor octove hebdomadibus sanari solent. Sed luxationes inveteratas sanari posse eo minus sperare licet, quo diutius luxatio iam permansit. Nec tamen certis finibus circumscribi tempus potest, quo peracto luxatio bene reponi possit. Laugier quidem casum describit, in quo ei non contigerit, ut luxationem humeri duodecim diebus post reponere posset, quamquam nonnunquam eiusdem articulationis repositio etiam annis praeterlapsis bene processit. Attamen si enormes illas adhaesiones nervorum et vasorum consideramus, quae in luxatione e consueto situ moveri et cum capite luxato firme et multis locis concrescere possunt, propter faciles illas diruptiones gravissimorum organorum, illius repositionis conatus omnino omittendus est.

Therapia.

Therapia, sicut in omnibus luxationibus, reductione,

retentione, curatione posteriore tempore adhibita, providentiaque, ne mali eventus accidant, continetur.

Complures casus noti sunt, in quibus perfecta luxatione humeri repositio sponte evenit. Plerumque casus recens erat. Quibus factis gravissima docemur, quum recentem repositionem facile et sine ulla vi evenire posse videamus, si quidem difficultates reductionis effugere caputque humeri luxatum ita ad fissuram dirupti ligamenti capsularis ponere contingat, ut quam facillime in eum locum, in quo esse solet, redeat. Quare ad facilem curationem opus est, in reductione facienda nos articulationis naturam et luxationis processum perspicue et minute novisse; praeterea diligentissime id agere, ut reductionis difficultates tollantur. Quae in eo constant, quod ligamentum capsulare, musculusque aliquis abruptus inter caput humeri et cavitatem glenoidalem intercedere possunt, praeterea, quod fissura ligamenti capsularis, satis ampla, e qua caput humeri egrediatur, id circo quod caput locum mutavit, minor, quam ut per eam redeat, esse possit. Prominens porro margo posterior cavitatis glenoidalis scapulae, supra quem caput humeri vi motum erat, efficit, ut difficilius redire possit. Aliam difficultatem diruptum ligamentum capsulare afferre solet. Postremo tendo bicipitis, qui nonnunquam prominet e sulco intertuberculari, et contractus M. deltoides retinent caput humeri in illo loco, in quem delapsum est. Situs aegroti aptus ususque chloroformii nos juvabunt ad illa impedimenta superanda.

In inveteratis casibus accedunt ad difficultates antea enumeratas adhaesiones, osteophytae, multaque alia,

quae efficiunt, ut repositio non solum difficiliter fieri possit, sed etiam maxime periculosa sit.

Luxatione cognita, quam celerrime reductio facienda est. Si autem inflammatio acerrima adest, haec primum apta cura removenda est. Quo facto aegrotus in mensa vel in lectulo deponitur, quia hoc modo extensio et contraextensio multo faciliores sunt et chloroformio melius uti possumus. Methodi ad reponendum luxatum humerum adhibitae permultae quidem sunt; sed hoc loco illas tantum accuratius considerare volumus, quae nunc maxime in usu sunt, extensionem, aut in directione humeri luxati aut in brachio ad verticem sublato factam; tum reductionem, quae per vectis motionem fit et eam, quae per rotationem.

Extensio nunc fere modo manu operatoris et eorum, qui ei assistunt, fit. Veteres quidem chirurgi ad artum quendam extendendum vim immanem necessariam esse arbitrati, permultas machinas invenerunt. Quae, quum nunc supervacuae sint neque iam a medicis adhibeantur, ut amba Hippocratis et apparatus ille Schneideri et Menneli, hoc loco omittuntur. Unica vera machina, quae deficiente vi maxime utilis esse possit, trochlea composita omnibus nota est. Eam enim iam Paré et Scultet saepe adhibuerunt. Jure autem Petit suadet, ut, quum vi permagna illius machinae facile diruptiones perniciosae produci possint, maxima prudentia utamur. Tamen pericula dynamometro illo, quod Sédillot addidit, valde diminuta sunt.

Ut contraextensio firmissima efficiatur, quae in repositione humeri necessaria fieri solet, thorax, scapula,

clavicula fasciis affiguntur. In fossa axillari lateris aegroti pulvillus ponitur vincturaque latior et ex linteo mensae vel lecti composita supra pulvillum illum et circum thoracem ducitur. Ea enim prohibetur, quominus thorax commoveatur et scapula in partem inferiorem et exteriorem decedat. Altera vinctura angustior humerum aegrotum, supra acromium claviculamque, circumponitur, ita ut fines ejus oblique trans thoracem et dorsum ad latus sanum ducantur. Ibi postquam laquei ab adiutoribus arrepti sunt, contraextensio instituitur. Ad sublevandam extensionem alii laquei applicari possunt. Tunc aut manus aut humeri condylos circumdant. Quae res posterior praeferenda est, quod hoc modo antibrachium flexum est et ita ad rotationem fortasse necessariam adhiberi potest. Praeterea flexione illa longus tendo M. bicipitis relaxatur. Ad evitandas excoriationes fasciarum lanae tenuioris usus utilis est. Si in directionem humeri luxati extensionem eamque per laqueos facere volumus, tum illi ab adjutoribus in linea ipsius humeri luxati, oblique in inferiorem exterioremque partem attrahuntur simulque ab aliis adjutoribus contraextensio efficitur. Operator, qui prope aegrotum latus stat, distractionem instituit et observat, dum paulatim brachium ex linea humeri luxati in situm naturalem transeat. Eodem momento, quo caput humeri ex prominentiis illis, quae retinebant, excessit, nisi repositio musculorum tractu exoritur, coaptationem eo efficit, quod humero manibus et adniso corpore vectis motionem in eam partem attribuit, in quam illud decesserat, dum adjutores verbo illius ab exstensione resistunt.

Methodus elevationis prima a White et Mothe exercebatur, quae vocata est „Mothe'sche Methode", quod Mothe primus eam scientificis fundamentis exstruxit. Cura haec est: Aegrotus horizontaliter extensus est, thorax affigitur, quod iam in narcosi chloroformii proprio corporis pondere efficitur. Adjutor aliquis, manus in regione scapulo-acromiali complicans, contraextensionem facit. Operator brachium utraque manu tollit. Tum, quum caput humeri in eandem altitudinem cum cavitate glenoidalis scapulae pervenit, reductio, brachio hoc ipso momento misso, musculorum contractione fieri solet. Quae si non sufficit, tum operator caput humeri pollice in capsulam imprimit, si illud contra fissuram ligamenti capsularis esse putat. Brachio subito misso sonus concrepans significat prosperum operationis effectum. Si operator adjutoribus caret, ut etiam Cooper fecit, extensionem una, contraextensionem altera manu instituit.

A. Cooper auctor methodi repositionis, vectis motionibus productae, habendus est. Illa praesertim tum apte adhiberi potest, si casus ipse recens est medicumque adjutores deficiunt. Cooper hoc modo operabatur: Aegrotus in lecticulo vel mensa prope ad marginem extensus ponitur, brachiumque laqueo, supra condylos humeri alligato, extenditur; contraextensio autem calce pedis, in fossa axillari imposita, perficitur. Quae quum in posteriore parte fossae axillaris posita sit, in inferiorem marginem scapulae premit itaque prohibet, quominus scapula ipsa in extensione descendat. Simul hypomochlii munere fungitur, quum humerus vectis

loco adhibetur. Simili modo genu in fossam axillarem immisso uti possimus.

Rotatio autem gravissima, minime violenta semperque fere sufficiens, ratio reductionis est eamque Lacour imprimis commendat. In contraextensione, quomodo fieri solet, perfecta operator brachium luxatum (dextrum) manu sinistra supra ipsam articulationem cubitalem, manu dextra antibrachium flexum prope articulationem manus comprehendit. Si luxatio in partem anteriorem est, perpendiculariter ad thoracem in exteriorem partem brachium extendit. Humerum ex antibrachio subito in internum rotat atque illum in anterius thoracem versus quasi injicit. Si luxatio in posteriorem partem est, humerus in anteriorem trahitur et in exteriorem partem rotatur. Si forte una de methodis, quas attuli, sola non sufficit, cum ea altera conjungi potest.

Repositione bene peracta medici est, retentione novam luxationem impedire; quare mitella et fascia, qua brachium thoraci nodo affigitur, apta erit. Per tres quatuorve hebdomades hae vincturae magna cura observandae sunt, quum fissura ligamenti capsularis non antea concrevit. Quod temporis spatium postquam praeteriit, aegroto motus activi concedi possunt, quum iam antea passivi motus, ne anchylosis efficiatur, perficiendi sint. Si levis inflammatio articulationis accedit, locales sanguinis detractiones instituendae sunt. — Quum eveniat, ut luxationes humeri redeant, sanatus interiores motus articulationis humeri per magnum tempus vitare debet.

Luxationes humeri inveteratae propter mutationes

illas in tali articulatione exortas, efficacem therapiam non concedunt. Quaestio gravissima et persaepe agitata est haec, quando luxatio humeri inveterata atque usque ad quod temporis spatium repositio facienda sit. Nonagesimo circiter die nova articulatio perfecta exorta est, novae coniunctiones solidae fere factae sunt; musculi nervi, vasa, denique omnes partes humerum luxatum circumdantes permutationi accomodatae sunt. Quod repositioni maximo impedimento est, ita ut vi adhibita, facile graviores laesiones afferri possint. Totum brachium luxatum atrophum fit, imprimis etiam os humeri, ut, si vehementer movetur, facile frangi possit. Etiamsi repositio prospere perficiatur, ubi tum locus est capiti humeri? Cavitas enim glenoidalis scapulae, in qua antea caput movebatur, permutata est, quia novo firmoque textu celluloso plus minusve completa est, eamque ob rem caput humeri excipere non potest. Respiciens pericula Cooper docuit, a repositione desistendum esse, quum luxatio tres menses jam exstitisset. Quamquam pericula doloresque, quae reductionis conatus in casibus inveteratis sequuntur, usu chloroformii mitigantur, quamquam concedendum est, repositionem chloroformio adhibito sero etiam prospere perfici posse, tamen sperare non possumus, fore ut functiones brachii propter degenerationem illam cavitatis glenoidalis scapulae restituantur. Quales illae fuerint luxationes in iis casibus, in quibus repositio secunda humeri, multos iam annos luxati facta esse traditur, non est expositum. — Curatio in reductione humeri luxationum inveteratarum eadem est atque in luxatione recenti, sed vi manuum

non sufficiente, plerumque trochlea composita uti debemus.

Complicationes illae, in luxatione humeri saepe exorientes, diligentissime observandae sunt. Praeter rupturam capsulae et musculorum, levem torsionem et inflammationem saepius proximae partes molles vehementer distortae et contritae sunt, unde vehemens inflammatio producitur. Nisi diligentissima cura adhibetur hydarthrosis, pyarthrosis, gangraena exspectanda sunt. Repositio matura certissimum remedium ad evitandas illas res est. Si autem neglecta reductione, inflammatio vehemens adest, repositio omnino perniciosa est. Tum largior venaesectio ususque frigoris indicata sunt. Inflammatione paucis diebus post deminuta repositio instituenda est.

Non raro in luxatione humeri fracturae eveniunt. Tuberculum maius abreptum et fractura illa marginis cavitatis glenoidalis scapulae, quae raro in vivo homine cognosci potest, quamquam reductioni sanationique non saepe difficultatem obiiciunt, tamen reiterationis luxationis sanationisque deformis causae sunt. In curatione eorum diligentissima retentio necessaria est. Complicatio gravior est, si simul fractura colli anatomici vel chirurgici adest. Malgaigne octo casus primi generis observatos affert. Tum Richet repositionem prosperam eo efficit, quod caput humeri directe depressum in cavitatem glenoidalem, extenso brachio removit. Id si non succedit, caput humeri in novo loco relinquitur, nisi abcessibus exortis, eius remotio necessaria est, et pars inferior tantum fracti colli humeri reponitur. Ea

in re pseudarthrosis inter humerum et scapulam efficere conamur. Fractura colli chirurgici repositioni valde inopportuna est. Saepius non succedit, quare tum primum ipsius sanatio fracturae exspectari debet, quo prima conditio prognoseos secundae — recens casus — amittitur. Si igitur modo fieri potest, ut fragmentum luxatum corripiatur vel vinctura gypsea coniunctio per tempus aliquod producatur eoque vectis paretur repositionis conatus quam celerrime faciendus est.

Diruptiones maiorum vasorum luxatione multo rarius efficiuntur, quam violentis reductionis conatibus in luxationibus inveteratis. In hoc casu ligatura quamquam remedium incertum, tamen ultima ratio est.

Vulnera articulationis humeri penetrantia, sicut laesiones maiorum nervorum in hac luxatione tam raro inveniuntur, ut eas omittere liceat.

Morbi historia prima.

M. Koepping Reindorfiana, vidua quinquaginta quinque annos nata, die XXI m. Oct. anni praeteriti in huius urbis nosocomium chirurgicum recepta, hanc relationem fecit: Ante sex hebdomades aegrota mala valetudine mota iam mature cubitum itura erat. Inscendens lectum utramque manum in eius parietibus lateralibus imposuit subitoque concrepationem in humero sinistro sensit. Nihilominus mulier, quum valde esset invalida somnique cupida, dormire coepit idque in tergo iacens. Mox autem noctu illius clamore vehementi homines advocati sunt, feminam mentis non iam compotem in imo lecto sedentem invenerunt, pu-

tantes, eam convulsionibus laborare. Medicus humerum sinistrum in anterius luxatum esse intellexit. Eo reductionem facere conante, aegrota mentem recepit. Reductio secunda fuisse dicitur. Vinctura idonea statim alligata, sex hirudines et fomenta frigida applicata sunt. Tertio die mulier lectum relinquere conans, iterum crepitum illum sensit et inde ex eo tempore vehementissimis doloribus laborabat; quomodo brachium ipsum laesum sit, iam infra describemus.

Inspicienti apparet, feminam esse corpore macro et gracili musculisque laxis. A fronte adspectus humerus sinister, cuius musculi minus solidi sunt, quam dextri, valde planus videtur. Apex acromii et externa superficies longitudinalis humeri planitiem planam efficiunt. Processus coracoideus admodum prominet; si a latere humerus adspicitur, infra ipsam partem exteriorem spinae scapulae, in margine fossae infraspinatae prominentia globosa apparet. Pari modo in parte anteriore tuber processus coracoidei eminet. Os humeri oblique in externum et anterius positum est leviter abductum antibrachium valde ad interius rotatum est. Ab aegrota ipsa motus humeri non fieri, ab aliis tantum imperfectissimi motus perfici possunt, et quidem semper doloribus vehementissimis comitati. Manu caput globosum humeri in parte anteriore inter processum coracoideum et acromium situm digito perspici non potest. Ille locus, ubi in parte exteriore processus coracoidei prominentia capitis humeri anterior sentiri solet, nunc depressior est. Posterior eminentia capite humeri efficitur, quod hoc loco infra posteriorem exterioremque

partem acromii sentiri et perspici potest. Tuberculum maius, digitis profunde impressis, sub anteriore processu coracoideo sentitur. Portio acromialis claviculae altior est, quam portio clavicularis acromii. Distantia posterioris exterioris partis marginis acromialis a columna vertebrarum recta linea definita, in latere sinistro est $19^1/_2$ C. M., in dextro 21 C. M. Intervallum acromii ab olecrani apice in latere aegroto 30 C. M., in sano 32 C. M.

Postero die, XXII m. Nov., reductio methodo rotationis peracta est, femina oblique iacens chloroformio topita. Supra lintea in fossa axillari ponebantur et mantele circum thoracem plectebatur, aliud supra humerum aegrotum in partem inferiorem ductum a duobus adiutoribus tenebatur. Tertius palmam supra acromium et claviculam imposuit, ut acromium et processum coracoideum figeret. Operator ad laevum mulieris latus stans manu dextra humerum, sinistra antibrachium flexum comprehendit, quo primum rotationem parvam in interiorem, tum autem subito in exteriorem partem fecit unaque illud adduxit. Ibi bene crepitus ille adhaesionum diruptarum audiebatur. Ita humerus reductus erat omnesque motus facile fieri poterant. Caput humeri extra processum coracoideum ipsum sentiebatur, depressioque hoc loco expleta erat. — Quum aegrota ex narcosi sensus recepisset, de vehementissimis doloribus querebatur. Itaque ut retineretur mitella alligata est, et brachium paullulum ad posterius flexum nudo thoraci fasciis affictum est. Deinde in conclave reducta lecto imposita est. — Die XXVI c. m. vinctura

solvebatur motusque ab aliis instituebantur, quibus permulti dolores excitabantur. In decursu M. bicipitis in brachio aegroto amplae sugillationes usque ad cubitum apparebant, quae superiore quidem parte flava, inferiore autem nigro et caeruleo erant colore. Ceterum femina bene valebat, quippe quae duobus iam diebus ante lectum reliquerat. Itaque postquam aptis intervallis motiones passivae institutae sunt, mulier dimissa est die V. m. Dec., vinctura tamen praedita, ea sub condicione ut interdum ad medicos reveniret.

Historia morbi secunda.

H. Maennchen, Gryphiswaldensis, triginta duos annos natus, sartor, luxationem humeri acromialem dextram habet. Is, ut mater ejus dicit, forcipe adhibito, natus est. Secundo vel tertio die post brachium infantis deforme et dolorosum esse apparuit. Medicus consultus infantis humerum luxatum esse iudicavit et postquam reductionem conatus est, vincturam alligavit. Quae quum non firma esset, familia autem illius pueri, paupertate coacta, diligentiorem curam adhibere non posset, vinctura non renovata est. Infans vero deformitate illa excepta vir robustus factus est; sed, quum in suo negotio saepe brachio illo utatur, queritur, brevi tempore illud fieri lassum atque defessum.

Inspicienti mihi haecce apparuerunt. A dorso conspicienti humerus aegrotus, dexter scilicet, aliquantulum altior est sinistro. A fronte autem haec differentia non tam perspicua est. Brachium dextrum macie qui-

dem est affectum, sed non ita multum, M. vero deltoides maxime est atrophus. Olecranum et prominens et desistens videtur. Intervallum inter apicem olecrani et columnam vertebrarum in recta linea ad laevam $20\frac{1}{2}$ C. M., ad dextram partem 19 C. M. est. Brachium dextrum ab acromio usque ad olecranum $31\frac{1}{2}$ C. M., sinistrum 37 C. M. longum est. Clavicula lateris dextri non eminet, atque sic fossa supra — et infraclavicularis paene plana videtur. Scapulae dextrae margo interior aliquantum distat. Angulus inferior altior est 4 C. M. quam angulus laevae partis. Pocessus coracoideus in dextra prominet, sub quo locus depressus apparet. Margo superior cavitatis glenoidalis percipitur digitis. In fossa infraspinata sub imo acromio eminentia globosa et videtur et sentitur, quae procul dubio capite humeri effecta est, quum et humeri directio ad eum spectet et eminentia illa cum humero connexa esse videatur. Brachium dextrum in anterius quidem moveri potest, sed tum sola scapula movetur. Motus in dorsum versus valde sunt impediti et dependente brachio et porrecto atque ne vi quidem premitur cubitus brachii pendentis ad dorsum versus. Manu in capite humeri imposita strepitus concrepans percipitur. Quodsi quis articulationem cubito-radialem supinare voluerit, brevi intelligit, nihil effici posse, nisi ut pollex in anteriorem partem versatur. In articulatione cubitali levis quidem flexio est; perfecta vero extensio nunquam efficitur. Aegrotus ipse manum ad os adducere non potest, ab aliis autem hic motus facile peragitur. Pari modo propter rotationem capitis humeri in partem interiorem

aegrotus majorem flexionem articulationis exercere non potest. Si aegrotus manum dextrum ad os adducere vult, primum cubitum usque ad verticem efferre et adjuvante manu sinistra, motum illum conficere debet. Manus dextra semper frigidior, quam sinistra est et est cyanotica.

VITA.

Natus sum ego Guilelmus Rüping, Dorstenae, Guestphaliae oppido, patre Carolo, matre Elisabetha e gente Rive, quos jam defunctos lugeo. Addictus sum fidei catholicae. Primis literarum elementis instructus in progymnasio Dorstensi, gymnasium Recklinghusanum frequentavi, cui Cel. Nieberding praefuit. Maturitatis testimonium nactus, tempore paschali a. MDCCCLVI hanc almam Gryphiae literarum sedem petii, et ab Ill. Vogt, t. t. Rectore Magnifico, civibus academicis adscriptus, apud Ill. Bardeleben, Gratiosi Medicorum Ordinis t. t. Decanum nomen rite professus sum. Per octo semestria his scholis interfui.

Beat. Stiedenroth: de psychologia.

Ill. Baier: de logice.

Ill. Huenefeld: de chemia, de mineralogia, de geognosia et geologia.

Beat. Tillberg et Ill. de Feilitzsch: de physice.

Ill. Muenter: de botanice, de zoologia.

Exp. Haeckermann: de medicina forensi, de politia medica.

Exp. Ziemssen: de morbis cutis, de syphilide; dux mihi fuit in exercitationibus practicis diagnostices physicalis.

Exp. Bengelsdorff: de arte formulas medicaminum rite concinnandi.

Cel. Pohl: de anatomia pathologica; de arte fascias chirurgicas rite alligandi.

Cel. Eichstedt: de arte obstetricia, de operationibus obstetriciis in phantomate peragendis.

Cel. Grohé: de anatomia pathologica; idem dux mihi fuit in exercitationibus practicis de anatomia pathologica.

Ill. Schultze: de osteologia et syndesmologia, de anatomia corporis humani, de anatomia comparata, de arte cadavera rite dissecandi.

Ill. Budge: de osteologia et syndesmologia, de angiologia et neurologia, de anatomia cerebri, de arte cadavera rite dissecandi, de anatomia microscopica, de physiologia, de embryologia.

Ill. Haeser: de encyclopaedia et methodologia medicinae, de pathologia generali, de therapia generali, de semiotice et diagnostice, de materia medica, de historia medicinae.

Ill. Pernice: de operationibus obstetriciis. Idem dux mihi fuit in clinico obstetricio.

Ill. Niemeyer: de pathologia et therapia speciali; idem dux mihi fuit in clinico medico et clinico psychiatrico.

Ill. Bardeleben: de chirurgia, de akiurgia, de fracturis et luxationibus, de ophthalmiatrice. Idem mihi dux

fuit in operationibus chirurgicis in cadaveribus instituendis atque in clinico chirurgico et ophthalmiatrico.

Quibus omnibus viris optime de me meritis maximam habeo gratiam et in perpetuum habebo.

THESES.

I.

Ad reducendum humerum luxatum methodus a Mothio commendata ceteris praeferenda.

II.

Icteri causa, nisi impedita bilis excretio, non exstat.

III.

Foetus non nisi defunctus perforandus.